

年 月 日

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業業務委託事業者申請書

尼崎市 市長 様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業業務委託事業者に応募したいので、次の書類を添付して申請します。

- 尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業業務委託事業者誓約書(様式2)
- 事業者概要(様式3)
- 業務実績(様式4)
- 事業実施の基本計画書(様式5)
- 産後ケア事業の実施に係る協力医療機関との連携確認書(様式6)
- 事業実施施設の平面図 ※助産所のみ (任意様式)

担当者連絡先	担当部署
	担当者氏名
	電話番号
	E-mail

年 月 日

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業業務委託事業者誓約書

尼崎市 市長 様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業業務委託事業者への応募申請を行うにあたり、募集要項に定める応募資格を全て満たしており、申請書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

- 地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第167条の4第1項各号又は同条第2項各号のいずれかに該当しない者
- 本市の競争入札における指名停止措置を受けていない者
- 本市内外の市税その他の歳入金等を滞納していない者
- 定款または規約若しくは会則がない、責任者が明確でない、適正な会計を行っていないなど、本市が委託契約を締結する事業者として適正ではない者
- 宗教活動又は政治活動を目的とした団体ではない者
- 特定の公職(公職選挙法(昭和25年法律第100号)第3条に規定する公職をいう)の候補者(当該候補者になろうとする者を含む)若しくは公職にある者又は政党を推薦し、支持し、又はこれらに反対をすることを目的とした団体ではない者
- 暴力団(尼崎市暴力団排除条例(平成25年尼崎市条例第13号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。)又は暴力団員(尼崎市暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団員をいう。)若しくは暴力団密接関係者(尼崎市暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団及び暴力団員と密接な関係を有する者をいう。)のいずれかに該当しない者

年 月 日

事業者概要

事業者名				
区分	医療機関(産科・産婦人科 / 小児科) 助産所			
施設所在地 ※ホームページ表示用	(〒 -)			
代表者名				
設立年月日				
連絡先	電話		FAX	
産科・婦人科・小児科を標榜している病院または診療所の場合	雇用する医師 名 (うち非常勤 名)			
	うち			
	・産婦人科医 名 (うち非常勤 名)			
				・小児科医 名 (うち非常勤 名)
・施設での分娩の取り扱いの有無 ※有の場合、昨年度の取り扱い件数。無の場合、過去の取り扱いがあれば、それについて記載 ※小児科の場合、昨年度の小児科入院件数	分娩の取り扱い			
	有 (昨年度件数: 件) 無 過去の実績: ()			
				小児科入院 (昨年度件数: 件)

※代表者名:法人が開設している場合は、法人の代表者名を記載すること

年 月 日

業務実績

事業者名				
事業名(業務名)				
当該事業の実施時期	年 月 日 ~ 年 月 日			
実施場所				
事業内容				
年間利用者数 (参加者数)	実人数	人	延人数	人

※本様式には、助産師、保健師、看護師の専門資格を有する者が、母乳育児相談や乳房手当を実施したもの等、仕様書に定める業務内容についての実績を記載してください。

産後ケア事業実施基本計画書

■基本情報について

施設名称 (ホームページ等表示用)		
実施施設住所 (ホームページ等表示用)		
施設までのアクセス方法 (ホームページ等表示用)		
電話番号 (ホームページ等表示用)	(利用者からの利用申込みの受付電話番号を記入してください。電話以外の受付方法がある場合も記入してください。)	
施設管理者		
事業責任者		
応募動機及び実施方針		
サービス実施内容	<input type="checkbox"/> 宿泊サービス	<input type="checkbox"/> 通所サービス
受入可能な月齢 (ホームページ等表示用)	産後 か月～ か月未満	産後 か月～ か月未満
1日の受入可能な人数	人	人
施設全体の1日の受入可能な人数 (宿泊サービス・通所サービスの1日の最大受入人数)	人	
居室の種類 (ホームページ等表示用)	個室のみ / 総室のみ 個室又は総室	個室のみ / 総室のみ 個室又は総室
定休日 (ホームページ等表示用)		
備考 (ホームページ等表示用)	(居室の種類や対応地域についての備考のほか、利用者へ事前周知したい事項を記載してください)	

■施設情報

施設概要		造	階建ての	階部分	病棟
入所室(病室)・居室 母子1組あたり床面積6.3㎡以上 ※実施施設の建物平面図を添付してください。		1()㎡	宿泊 通所	2()㎡	宿泊 通所
		3()㎡	宿泊 通所	4()㎡	宿泊 通所
		5()㎡	宿泊 通所	6()㎡	宿泊 通所
		7()㎡	宿泊 通所	8()㎡	宿泊 通所
		9()㎡	宿泊 通所	10()㎡	宿泊 通所
		11()㎡	宿泊 通所	12()㎡	宿泊 通所
		13()㎡	宿泊 通所	14()㎡	宿泊 通所
設備	必須設備	<input type="checkbox"/> 授乳スペース <input type="checkbox"/> 人数分ベッド(大人用・小児用) <input type="checkbox"/> 体重測定場所 <input type="checkbox"/> 入浴施設 <input type="checkbox"/> 沐浴指導施設 <input type="checkbox"/> 避難経路			
	入浴施設(必須) (ホームページ等表示用)	<input type="checkbox"/> シャワー室 <input type="checkbox"/> 浴室(浴槽あり)			
	任意設備 (一部ホームページ等表示用)	<input type="checkbox"/> ほふく室(キッズスペース) <input type="checkbox"/> 冷蔵庫 <input type="checkbox"/> 空調設備 <input type="checkbox"/> 非常口 <input type="checkbox"/> 火災報知設備 <input type="checkbox"/> 防災物品 <input type="checkbox"/> その他 ()			
哺乳瓶の提供		可 / 不可			
粉ミルク、紙オムツ、産褥パットの提供		可 / 不可			
食事の提供方法		<input type="checkbox"/> 施設内にて調理を実施 <input type="checkbox"/> 施設内の飲食店等から食事を調達し提供 <input type="checkbox"/> 施設外の飲食店等から食事を調達し提供			
離乳食の提供		可 / 不可			
食事のアレルギー対応 (ホームページ等表示用)		可(大人用・小児用) / 不可 / 一部可(要相談)			
飲食店等の店舗の名称及び所在地 (施設内外の飲食店等から食事を調達する場合)		店舗の名称 所在地			
調理(調達)から食事までの時間		時間			
調理(調達)から食事までの間の保存方法 ※衛生面での配慮等					

■実施体制

職員の配置計画	人数	勤務体制
助産師	人	3交代制 / 2交代制 / 日勤のみ / その他()
保健師	人	3交代制 / 2交代制 / 日勤のみ / その他()
看護師	人	3交代制 / 2交代制 / 日勤のみ / その他()
心理士	人	3交代制 / 2交代制 / 日勤のみ / その他()
合計人数	人	

■事務管理 ※実施、又は実施予定の項目にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	従事者は定期健康診断を実施している
<input type="checkbox"/>	苦情処理を適切に実施している
<input type="checkbox"/>	個人情報情報を適切に管理している
<input type="checkbox"/>	会計書類を適切に文書管理している
<input type="checkbox"/>	人事労務関係書類を適切に保管している
<input type="checkbox"/>	事業実施マニュアルや安全管理マニュアルがある

■その他参考

業務委託内容外の提供サービス	(施設独自のサービス提供している場合、別途、利用者からサービス料を徴収してください。 有 内容・料金等())	
子の兄弟の同伴受入	(1歳を超える子は、産後ケア対象ではなく、施設独自の受入・サービス提供となります。利用料や食事は別途、利用者から徴収してください。) 可 / 不可 / 一部可(要相談)	
利用料の支払い方法 (ホームページ等表示用)	現金のみ / クレジットカード利用可 / その他方法()	
キャンセル料	・宿泊サービス	
	・通所サービス	

年 月 日

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業の実施に係る協力医療機関との連携確認書

1 事業者

事業者名	
所在地	
代表者氏名	

2 協力医療機関

医療機関名	
所在地	
代表者氏名	

年 月 日

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業業務委託内容変更確認書

尼崎市 市長様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業業務委託において、次のとおり変更します。

変更日

変更内容

担当者連絡先	担当部署
	電話番号
	担当者氏名
	E-mail

年 月 日

応募辞退届

尼崎市 市長様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

年 月 日付申請の尼崎市産前産後ヘルパー派遣事業登録事業者への応募について、次の理由により辞退します。

(辞退理由)

以上